Rok L. Kraków, dnia 14. października 1911. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Uraz w stosunku do niektórych chorób wewnętrznych i chirurgicznych.

Podali

J. Luxenburg (Warszawa) i **L. Zembrzuski** (Warszawa).

(Wykład na I. Zjeździe lekarzy prowinc. Król. Pol. w Łodzi).

Wprowadzenie w życie postulatów polityki społecznej za pomocą ustaw o ubezpieczeniu powołało do współpracy w niej lekarzy, których udział, bardzo odpowiedzialny, szedł na początku w parze z nieodpowiednio małem przygotowaniem do nowej roli. Istotnie bowiem patologia dawniej bodaj najmniej zastanawiała się nad znaczeniem etyologicznem urazu. Dopiero prawo o ubezpieczeniu, mianowicie od nieszczęśliwych wypadków, oparte na ocenianiu skutków urazu, wysunęło znaczenie tego czynnika na plan pierwszy. Stąd zrodziła się potrzeba gorliwych badań, nowych poszukiwań i rewizyi dawnych wiadomości. Powstała nowa gałąź medycyny, której znajomość obowiązuje właściwie każdego lekarza, gdyż żaden nie może uniknąć obowiązku wydania zdania o związku choroby z wypadkiem i skutku tegoż.

Czynność ta w tym rozmiarze i z tą ścisłością, jaka konieczna jest w praktyce ubezpieczeniowej, jest czemś dawniej zupełnie nieznanem. W urzeczywistnieniu nowych praw rola lekarza ma znaczenie pierwszorzędne; bez lekarza byłoby urzeczywistnienie to niemożliwe. O ile jednak mamy prawo być dumni z tego, o tyle winniśmy być świadomi poważnych obowiązków, jakie na się bierzemy. Jak przy łóżku chorego czynimy rozpoznanie po dokładnem badaniu i zważeniu wszystkich objawów, oraz uwzględnieniu wywiadów, tak samo powinniśmy postąpić i przy rozpoznawaniu związku urazu z danym stanem patologicznym. Należy poznać warunki, w jakich uraz nastąpił, poznać bezpośrednie skutki tegoż i te, które rozwinęły się później, czyli dokładnie zbadać chorego tuż po wypadku, oraz w czasie późniejszym, wreszcie porównać z tem, co wiemy o nim przed wypadkiem. Dopiero na tej podstawie oparci możemy wyrobić sobie sąd o etyologii cierpienia. Łatwo zrozumieć, że pole działania ogarnia najróżniejsze specyalności lekarskie. Rosnąca z dnia na dzień literatura wnosi coraz więcej światła w tę nową dla nas dziedzinę.

Tutaj ze względu na ramy krótkiego referatu przedstawimy treściwie obecny stan interesującej nas sprawy w stosunku do tych tylko stanów patologicznych, z którymi najczęściej się spotykamy, a w których do pewnego stopnia zgodność poglądów ustaloną została.

Do rzędu pytań, stawianych nam nader często, a jednocześnie bardzo niełatwych do rozstrzygnięcia,[1] należy sprawa związku urazu z gruźlicą. W tym punkcie, stanąwszy na gruncie pojęć bakteryologicznych, powiemy odrazu, że uraz sam przez się nie zdoła sprowadzić zakażenia gruźliczego, może natomiast mieć wpływ sprzyjający zakażeniu, lub też wpływ na jego usadowienie się, wreszcie może sprzyjać pogorszeniu poprzednio już istniejącej sprawy gruźliczej.

Jeżeli weźmiemy najczęściej spostrzegane przypadki gruźlicy — mianowicie — kości i stawów, to droga, po której postępuje zakażenie, wiedzie przez śluzówki przeważnie dróg oddechowych i pokarmowych; możliwa jest i droga przez powłoki ciała — ale przy uszkodzeniach naskórka bądź urazowych, bądź chorobowych (n. p. wyprysk).

Dziedziczność, usposobienie wrodzone ma tu wielkie znaczenie; również i nie wszystkie części ciała jednakowo często ulegają chorobie. Naogół jednak uraz ma znaczenie niewątpliwe w rozwoju i usadowieniu się gruźlicy, co potwierdzają statystyki dużych klinik. Czas między urazem, a pierwszymi dostrzegalnymi objawami waha się od tygodni do miesięcy. Częstość zachorowania zmniejsza się od stawu skokowego ku górze.

Rzecz szczególna, że mniejsze urazy częściej pozostawiają po sobie gruźlicę, aniżeli znaczne, jak złamania, zwichnienia. To samo zjawisko stwierdza się i doświadczalnie na zwierzętach. Z drugiej strony, pomimo braku danych doświadczalnych, musimy uraz uznać jako czynnik jedynie ujawniający ognisko gruźlicze, w ukryciu będące.

Inna rzecz, i przytem praktycznie trudniejsza, do rozstrzygnięcia, gdy pod wpływem urazu ożyje, że tak powiemy, ognisko dotychczas ukryte, zacznie się szybciej rozpadać, uogólniać i t. d. Rodzaj urazu, mechanizm, ciężkość, przebieg mogą przyczynić się do wyjaśnienia roli urazu. Związek w czasie bezpośredni przemawia na korzyść wpływu pogarszającego na już istniejącą chorobę.

W stosunku do płuc należy jednak pamiętać, że uszkodzenie ich może nastąpić przez przygniecenie, uderzenie przy braku zmian w częściach miękkich lub w kościach, a nawet przy braku krwioplucia natychmiast lub w kilka dni później. Dalej, miejsce uszkodzone płuc nie zawsze od-

powiada miejscu urazu klatki piersiowej; bliższa urazowi zdrowa tkanka płuca okaże się odporną, oddziała zaś pogorszeniem jakieś ognisko gruźlicze dalej leżące. Stwierdzenie urazu płuca, istnienia starych ognisk lub zaostrzenia starej sprawy — okoliczności bardzo ważnych dla wyjaśnienia istoty rzeczy — da się przeprowadzić jedynie za pomocą dokładnego badania całej klatki piersiowej natychmiast po urazie i wielokrotnie później. W ten sposób uniknie się rozpoznawania gruźlicy po zwykłem zawodowem nadwerężeniu, po którem nastąpiło krwioplucie: zdrowe płuco w tych razach nie krwawi.

Tak więc dla związania urazu z następczą gruźlicą płuc trzeba, aby uraz dotknął bezpośrednio klatki piersiowej, aby pierwsze objawy gruźlicy wystąpiły niezbyt późno, ani niezbyt wcześnie, gdyż w takim razie należałoby myśleć o pogorszeniu starej sprawy; czas ten waha się między kilku tygodniami i miesiącami; wreszcie — przy braku ciągłości objawów płucnych po urazie, po którym bezpośrednio było krwioplucie, należy uważać rok za ostateczny termin, poza którym urazu z gruźlicą przyczynowo związać nie można.

Urazowe pochodzenie chorób serca, oraz pogorszenie już istniejącej choroby nie ulega obecnie najmniejszej wątpliwości. Uraz może stanowić uderzenie wprost w okolicę serca, upadek z wysokości, nadmierny jednokrotny wysiłek, albo nawet i wstrząśnienie psychiczne. I tu, jak przy uszkodzeniach płuc, może brakować zewnętrznych znaków urazu na klatce piersiowej.

O ile ostre zapalenie wsierdzia raczej doświadczalnie, niż klinicznie po urazie spostrzegać się daje, o tyle powstanie wad zastawkowych po urazach zdaje się być zupełnie pewnem. Są to przypadki o przebiegu przewlekłym jako zejście początkowego ostrego rozwoju. Z biegiem czasu dopiero chory dowiaduje się o swojem cierpieniu, gdy wskutek jakiejś okoliczności wywołującej zacznie doznawać objawów niepokojących pod wpływem wysiłku, podniecenia psychicznego i t. p. Jednak orzeczenie co do związku z wypadkiem jest o tyle pewne, o ile stan serca był sprawdzony przed wypadkiem. Zwykle wiemy jedynie, że chory przedtem nie uskarżał się na serce i nie przebył chorób, wiodących do wady serca. Pamiętać przytem należy, że w ostrym okresie, poprzedzającym rozwój wady serca, może być brak najważniejszych objawów poczynającej się sprawy — mianowicie — wahań ciepłoty i szmerów w sercu. Te ostatnie mogą się ukazać dopiero po kilku miesiącach.

Nadmierny wysiłek, jako czynnik szkodliwie na serce działający, powszechnie jest znany. Wywołuje on ostre rozszerzenie serca, a dalszy przebieg bywa nader różny. U ludzi zdrowych serce po usunięciu przyczyny najczęściej wraca do poprzedniego stanu; natomiast serce, poprzednio zmienione, oddziaływa szeregiem objawów wyczerpania mięśniowego, których przedtem w warunkach prawidłowych nie ujawniało.

Sprawa przepuklin urazowych jest przedmiotem, żywo obchodzącym ogół lekarski, znajdując swój odgłos zarówno w piśmiennictwie, jak i na zjazdach naukowych. Aczkolwiek sprawy tej ostatecznie rozstrzygniętą nazwać nie można, jednakże stan jej obecny upoważnia, zdaje się, do wysnucia pewnych wniosków konkretnych:

1. Przepukliny urazowe, t. j. powstające nagle wskutek działania przyczyn zewnętrznych u osobników z prawidłowemi powłokami brzusznemi (t. j. normalnymi kanałami i otworami fizyologicznymi, oraz prawidłowo rozwiniętym układem mięśniowym ściany brzucha), należą do niezmiernych rzadkości: podług statystycznych danych — około 1:1000 wszystkich przepuklin.

2. Przepukliny ściśle urazowe powstają albo wskutek bezpośredniego urazu, albo też nadmiernego wysiłku fizycznego przy pracy, połączonego z wzmożonem w znacznym stopniu ciśnieniem brzusznem.

Uraz bezpośredni dotknąć może różnych miejsc ściany brzusznej, i wówczas, jeżeli jest on dość silny, powstaje właściwie t. zw. wypuklenie (protrusio) przy całości skóry, a pęknięcie lub rozerwanie głębiej położonych tkanek ściany brzusznej.

Przepukliny wskutek nadmiernego wysiłku fizycznego powstają w miejscach wogóle typowych dla przepuklin (pachwinowych, udowych, pępkowych i t. p.), lub też wypełniają nagle część górną niezupełnie zamkniętego wyrostka pochwowego (process. vaginalis) w przypadkach typu przepuklin pachwinowych wrodzonych.

3. Przy przepuklinach ściśle urazowych obu kategoryi możemy spostrzegać dość często zmiany miejscowe w postaci wybroczyn, podbiegnięć krwawych, co, jeśli występuje, stanowi bardzo ważny i cenny objaw. Powtóre nagłe rozciągnięcie lub rozerwanie tkanek, przepuszczających przepuklinę, sprawia nader silne bole oraz mdłości, wymioty, niekiedy zemdlenie, — co zależy też od nagłego wypuklenia i rozszerzenia otrzewnej, a co za tem idzie, jej podrażnienia. Z drugiej strony, nagle rozciągnięte prawidłowe tkanki, wchodzące w skład pierścienia i szyi przepukliny, niepodatne i mało rozciągliwe, wywołują uwięźnienie przepukliny, która, powstając w tych warunkach, jest bardzo mała, najwyżej wielkości orzecha włoskiego lub jaja kurzego. A zatem takie objawy, jak bole bardzo silne, uwięźnienie przepukliny, mdłości, bardzo niewielkie rozmiary przepukliny przy prawidłowych poza tem ścianach brzusznych, — przemawiają na korzyść przepukliny w samej rzeczy urazowej. Osobnik, dotknięty przepukliną, oczywiście zmuszony jest natychmiast przerwać swe zajęcie i bezzwłocznie uciec się do pomocy lekarskiej. Z tego powodu oględziny pierwotne, bezpośrednio po powstaniu przepukliny urazowej, posiadają nader ważne, wprost rozstrzygające znaczenie.

4. Wszystkie inne przepukliny, pozbawione objawów powyższych, tak często uznawane za przepukliny urazowego pochodzenia, — ściśle urazowemi nie są. Powstanie ich objaśniamy sobie w sposób następujący: u danego osobnika istnieje przepuklina w początkowym okresie rozwoju (Bruchkegel, pointe de hernie), o czem wielu chorych nie wie (podł. statystyki około 60% wszystkich, dotkniętych poczynającą się przepukliną). Wskutek wysiłku fizycznego, jak to najczęściej bywa, przepuklina powiększa się nagle, t. j. istniejący już worek wypełnia się większą ilością treści, niż to bywało dotychczas, na co pozwala rozciągliwość pierścienia i szyi przepukliny. Stąd pewne dolegliwości, lecz bez objawów wyżej przytoczonych, stąd jeden krok

niejako dalej w rozwoju tworzącej się przepukliny, lecz nie powstanie jej nagłe w całości ze wszystkiemi właściwemi jej częściami składowemi. W takich przepuklinach kanał znajdujemy rozszerzony, prosty, pierścień szeroki [1]), a co najważniejsze, brak objawów uwięźnięcia.

Jeżeli przytem znajdziemy u danego osobnika po stronie przeciwległej przepuklinę lub początkowy jej okres, lub liczne przepukliny brzuszne, wreszcie przepuklinę większą od jaja kurzego, to utwierdzać nas to może w przekonaniu, że dana przepuklina nie jest pochodzenia urazowego, lecz raczej należy ją odnieść do kategoryi stopniowo powstających t. zw. chorób zawodowych.

Chcąc choćby w najogólniejszym zarysie dotknąć stosunku urazu do nerwic, musimy sobie uprzytomnić, że obok ogromnych trudności, jakie napotyka czysto naukowe badanie sprawy tej, jest ona z drugiej strony praktycznie niezmiernej wagi, a ujemne skutki obecnego jej stanu pod względem naukowym, etycznym i ekonomicznym są wprost nieobliczalne.

Rzecz polega na tem, że pomimo ogromnej literatury, jaką przedmiot ten posiada, panują jeszcze bardzo niejasne pojęcia o patogenezie urazowego pochodzenia nerwic, o naturze obrazu chorobowego, o znaczeniu oddzielnych objawów i t. p. Trudności są tu tem większe i oczywistsze, że wchodzi w grę czynnik tak rozciągliwy, jak moment psychiczny.

Dwie kategorye urazów spostrzegamy jako czynniki etyologiczne nerwic, mianowicie — uraz psychiczny i uraz fizyczny. Samo się przez się rozumie, że w całym szeregu przypadków oba te rodzaje urazów wzajemnie się wikłają i że raczej częściej widzimy urazy o takim charakterze złożonym, aniżeli o czysto psychicznym, lub czysto fizycznym.

Uraz psychiczny — jako to przestrach, obawa, przerażenie, — może bezpośrednio wywołać nerwicę (Schreckneurose). Wogóle jednak należy zwrócić uwagę, że u człowieka zupełnie zdrowego, nie usposobionego, jedynie niezwykle mocny przestrach może wywołać histeryę. Uraz tego rodzaju zdarza się nawet wtedy, gdy niema nieszczęśliwego wypadku, a dochodzi jedynie do przestrachu przed zbliżającą się katastrofą. Podobne okoliczności, sprowadzające w następstwie histeryę, histeroepilepsyę i t. p., znane są jeszcze z czasów przed ustanowieniem prawa o ubezpieczeniu. Przytaczamy dla przykładu katastrofy kolejowe. Dowodzą one nietylko znaczenia samego urazu, ale i stopnia wpływu tegoż w zależności od jego siły, jego napięcia. Łatwo zrozumieć, że napięcie psychonerwowe służby pociągowej, oceniającej zbliżające się niebezpieczeństwo, jest o wiele większe, aniżeli wśród podróżnych, którzy dowiadują się w ostatniej chwili, co im grozi lub groziło po przejściu niebezpieczeństwa. To też wiadomo, że nerwice wśród służby ruchu o wiele są częstsze, aniżeli wśród podróżnych. Zresztą działają tu również i inne wpływy, o których jeszcze wspomnimy.

W działaniu urazu fizycznego występuje na pierwszy plan zmiana materyalna miejscowa. Jeżeli więc będziemy mieli do czynienia z urazem, przy którym mogły być uszkodzone ośrodki nerwowe, to następcze objawy mogą być tylko pozornie nerwicowemi, albowiem mogą zależeć od mnóstwa nader drobnych zmian materyalnych w ośrodkach, lub też wprost poprzedzać rozwijające się objawy cierpienia organicznego ośrodków. Mogą też w równym stopniu nabrać impulsu do szybszego rozwoju stany patologiczne, powiedzmy, w uśpieniu będące — jako to: stwardnienie tętnic, zmiany kiłowe, czy opilcze, czy też związane z nadmierną, wyczerpującą, długotrwałą pracą. Nie będą to jednak nerwice pourazowe »sensu stricto«, czyli zmiany czynnościowe o nieznanem nam podłożu anatomicznem, powstałe wskutek wstrząśnienia czysto psychicznego. I z tego punktu widzenia możemy twierdzić, że uszkodzenie ośrodków nerwowych bezpośrednio nerwicy nie wywołuje, oraz możemy zrozumieć, dlaczego między wielkością urazu i jego skutkami niema prostego stosunku, a jest najczęściej odwrotny: po drobnych uszkodzeniach poważne zaburzenia, po dużych — nieraz żadne.

Otóż uraz fizyczny działa na drodze pośredniej, jeżeli wywołuje nerwicę. Fakt, że po uszkodzeniach większych części ciała rozwijają się nieraz ciężkie postacie nerwicy, dowodzi, że bezpośrednie uszkodzenie układu nerwowego nie stanowi warunku koniecznego dla powstania nerwicy. Uszkodzenie większych części ciała, połączone z wielkim bólem, dłuższem leżeniem w łóżku, gorączką, utratą krwi i t. d. może w końcu dać nerwicę — jednak pod warunkiem, że uszkodzenie było o tyle znaczne, że można mu przypisać znaczenie przyczyny, ale — w takim razie — przyczyny pośredniej.

Niezaprzeczony jest jednak fakt, że i po uszkodzeniach nieznacznych tak co do siły urazu, jak i co do miejscowych zmian widocznych lub przypuszczalnych, rozwija się nerwica, nie ulegająca żadnej wątpliwości. I tu spostrzeganie większej liczby przypadków niechybnie doprowadza do wniosku, że istotną przyczyną nerwicy jest indywidualne usposobienie. Ono to nadaje charakter nerwicy, nakłada piętno na jej rozwój. Składają się na nie przyczyny natury ogólnej i osobniczej.

Wzmożona walka o byt, złe odżywianie, nadużycia tytoniu, alkoholu, przymiot — oto wpływy powszechnie znane. Na szczególną jednak uwagę zasługuje stan zmęczenia, wyczerpania, jako skutek nieustającej, nieprzerywanej żadnemi wakacyami pracy. Potrzeba peryodycznego odsunięcia się od codziennej pracy, wyrównania nagromadzających się zwolna braków, zmiany monotonnych, a wyczerpujących wrażeń — stanowią zasadnicze postulaty higieny ludzi pracy, tak jednak dalekie od urzeczywistnienia wśród ludności robotniczej. Jasnem jest, że uraz w takich warunkach jest jedynie okolicznością, ujawniającą wyraźnie zacząki nerwicy, dawniej już istniejącej.

Wiadomo, że u przedstawicieli najróżniejszych warstw społecznych stwierdzić można szereg objawów nerwowych podrażnienia — wrodzonych lub nabytych — zupełnie bez związku z jakimkolwiek urazem. Jedni z nich nie mają żadnych dolegliwości, inni pracują pomimo dolegliwości, gdyż od pracy zależy ich utrzymanie.

Masowe badania robotników zdrowych i chorych, ale nie uległych wypadkom nieszczęśliwym, stwierdziły takie zmiany czuciowe — bólowe i dotykowe, — że mogłyby dać zupełne prawo do odszkodowania, gdyby wypadek nieszczęśliwy był się zdarzył.

[1]) Przepuszczający palec.

I jedynie u tych ludzi, w których tkwi zarodek nerwicy, albo nawet mających już niektóre objawy kiełkującej nerwicy, — u tych właśnie uraz może dać pełny obraz tak zwanej nerwicy urazowej.

Rozpoznanie nerwicy pourazowej — najczęściej histeryi lub neurastenii — musi być oparte na trwałych podstawach. Że tak jednak jest nie zawsze, to zdaje się nie ulegać wątpliwości. Musimy sobie to powiedzieć, że wielu z nas poczyna sobie z poważnem rozpoznaniem histeryi lub neurastenii bardzo lekko. Nieraz zdaje się wystarczać, aby dotknięty urazem skarżył się na bole głowy, nie pracował, miał dermografię i wzmożone odruchy kolanowe. A jednak widzieliśmy, że bardzo wielu ludzi zdrowych i czynnych ma jeden lub drugi objaw wyczerpania nerwowego lub nawet kilka objawów jednocześnie.

Rozpoznanie nerwicy w takim jej stopniu, że odbiera ona zdolność do pracy, wtedy jedynie jest uzasadnione, jeżeli liczba i napięcie objawów nerwowych przekracza pewną granicę. A chociaż tej granicy między zdrowiem i chorobą, między zdolnością do pracy i osłabieniem jej ściśle nakreślić niepodobna, niemniej w większości przypadków zdołamy orzec, gdzie się kończy zdrowie, a zaczyna choroba i związana z nią bezczynność.

Z przytoczonego pobieżnego przeglądu widać, że rozpoznanie związku przyczynowego między urazem, a stanem patologicznym bynajmniej do łatwych zadań nie należy. Jedno da się powiedzieć, że uraz jest najczęściej jedną tylko z szeregu innych współdziałających przyczyn. Ważnym brakiem jest mało jeszcze uwzględniona strona eksperymentalna danej sprawy.

Naogół jednak należy pamiętać o kilku warunkach, jako podstawie rozpoznania. Mianowicie:

1) należy starać się o poznanie stanu chorego przed wypadkiem;

2) uwzględnić ewentualny brak innych czynników etyologicznych;

3) uwzględnić związek w czasie między urazem, a początkiem choroby;

4) uraz najczęściej musi być dość silny, aby bezpośrednio wywołać cierpienie organiczne;

5) uwzględnić należy wszelkie warunki, świadczące o szczególnem usposobieniu do danej choroby, jak n. p. alkoholizm lub kiłę, usposabiające do nerwicy, przebyty gościec, usposabiający do wady serca i t. p.;

6) uwzględnić bezpośrednie skutki urazu, czyli mieć nader dokładne dane o stanie całego ustroju, włącznie z psychiką bezpośrednio po wypadku, choćby pozornie nieznacznym.

Jeżeli pomimo to wszystko, stosując się do wymagań czystej nauki, będziemy mieli wątpliwość, czy zachodzi związek przyczynowy między urazem, a cierpieniem, to w ostatecznem orzeczeniu kierujemy się zasadą, która stanowi humanitarny przywilej naszej wiedzy: »in dubiis — pro aegroto«.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr W. L. Jaworski.

Odczyn Calmettea z jadem okularnika (kobry), oraz jego wartość rozpoznawcza dla gruźlicy na podstawie własnych badań.

Podał

Dr Jan Nowaczyński,
demonstrator kliniki.

(Dokończenie).

Ad 4). Przystępuję do grupy czwartej, obejmującej przypadki zapaleń nerek; badałem surowic 10. Podobnie, jak u chorych zakaźnych, tak i u chorych na zapalenie nerek, znalazłem lecytynę we krwi, i to u wszystkich, z wyjątkiem jednego; fakt również bardzo ciekawy. Że obecności lecytyny w tych surowicach nie można odnieść do gruźlicy, potwierdza, (pominąwszy owe trzy przypadki, które na odczyny kontrolne nie oddziaływały), ten przedewszystkiem fakt, że u dwu z tych chorych sekcya nie wykazała wcale zmian gruźliczych w ustroju; przy tej sposobności zaznaczyć muszę, iż jedna z tych chorych za życia oddziaływała na odczyn skórny — fakt, który jeszcze bardziej zmniejsza wartość rozpoznawczą odczynu Pirqueta.

Dowód, jaki dała nam sekcya wyżej wymienionych przypadków, jest bardzo ważny, pozwala nam bowiem na twierdzenie, iż lecytyna pojawiać się może w surowicach niezależnie od gruźlicy; fakt ten zmniejsza znacznie wartość rozpoznawczą metody Calmettowskiej dla gruźlicy.

Lecytyna, ujawniająca się w surowicach chorych na zapalenie nerek, nie jest zależna od ilości białka w moczu, podobnie, jak nie da się wykryć związek ściślejszy między rodzajem zmian zapalnych nerek, a obecnością, czy też ilością lecytyny. To jedno tylko zauważyć mogłem, że lecytyna daje się wykazać tylko u tych chorych, u których białkomocz pojawia się na tle zmian organicznych nerek; czynię zaś to przypuszczenie na tej podstawie, iż w jednym przypadku u chorego na białaczkę limfatyczną, u którego w czasie pobytu w klinice wystąpił białkomocz w następstwie leczenie salwarsanem, lecytyny mimo dwukrotnego badania surowicy wykryć nie zdołałem.

Wyjątek od ogólnej reguły stałej obecności lecytyny w surowicy chorych na zapalenie nerek stanowi jeden przypadek, w którym nie znalazłem lecytyny; lecz w przypadku tym — podnieść muszę ten szczegół — surowica badanego chorego dawała bardzo wyraźny odczyn Wassermanna. Dziwnym byłby zatem, gdyby się okazał prawdziwym związek, zachodzący między obecnością lecytyny w surowicach chorych na nerki, a brakiem jej w tych samych surowicach, zawierających reaginy kiłowe.

W jaki sposób wytłomaczyć obecność lecytyny w przebiegu chorób nerkowych, podać nie mogę; czy zależy to od zmian surowicy krwi w toku chorób nerek, czy od zmian stosunków soli, czy wreszcie od mocznicowego zatrucia ustroju, na razie pozostaje niewyjaśnione; może badania dalsze związek jakiś wykryć zdołają.

Ad 5). Do ostatniej grupy zaliczam 19 przypadków

różnych innych schorzeń, u 5 na 19 tych chorych znalazłem lecytynę w surowicach (zob. tablicę); zaznaczyć muszę, iż 3 z nich (diabetes, acromegalia, ischias) oddziaływało silnie na oba odczyny kontrolne, u dwu zaś (diabetes, arthritis gonorrh.) znaleziono zmiany gruźlicze w szczytach płuc, jako objaw przypadkowy tak, że w tych przypadkach obecność lecytyny odniósłbym do gruźlicy.

Co się tyczy cukrzycy, to wspomnieć muszę, że w surowicy dotkniętego cukrzycą bez względu na gruźlicę ustroju można wykryć substancyę uczynniającą jad, gdyż, jak nas uczy chemia fizyologiczna, znajduje się zawsze w surowicach tych chorych substancya, zw. jekoryną, określona bliżej przez Manassego[11]), jako związek cukru gronowego z lecytyną, zawierający jeszcze prócz tego siarkę: według Binga[12]) ma znów cukier znajdować się we krwi pod postacią związku lecytyny z globuliną (Lecithinzuckerglobulin). Z drugiej znów strony Asher i Rosenfeld[13]), oraz Mayer[14]) oświadczają się przeciw obecności cukru we krwi pod postacią jekoryny tak, że sprawa cukru we krwi zdaje się być niewyjaśnioną; wobec jednakże faktu uczynniania jadu przez surowicę chorego na cukrzycę, sądzę, że, o ile uczynnienie to odnieść należy do lecytyny, a nie do innych lipoidów, cukier we krwi znajdowałby się raczej jako związek jekorynowy. Wiadomo bowiem także, że w cukrzycy nagromadzają się obficie w surowicy krwi tłuszcze, stanowiąc stan, zw. tłuszczycą (lipaemia diabetica); Fischer znalazł nawet do 18% tłuszczów w takiej surowicy; możliwem więc jest, że tłuszcze przyczyniają się w pewnym stopniu do uczynniania jadu, choć z drugiej strony surowica chorego na cukrzycę uczynniała także jad kobry po dodaniu chlorku wapnia, który, jak podaje Noguchi, ma znosić działanie uczynniające innych lipoidów prócz lecytyny; w każdym razie lecytynie w surowicy cukrzycczej przypisać należy działanie jej uczynniające. W ostatnich czasach Williams i Wilson[15]), oraz Klemperer i Umber[16]) wykazali, że we krwi chorych na cukrzycę, bardzo obfitującej w tłuszcze, przychodzi do wzmożenia lecytyny i cholesteryny; w ostatniej zaś pracy wykazuje Klemperer[17]), że w tłuszczycy cukrzycczej właściwego tłuszczu jest niewiele, że krew zawiera głównie lipoidy, t. j. lecytynę i cholesterynę, że tłuszczyca, to raczej »lipoidaemia«, niż »lipaemia«.

Niewyjaśnioną pozostaje obecność lecytyny w surowicy chorego na czerwie (helmintiasis); czy w tym przypadku ma jakie znaczenie pasorzyt, znajdujący się w przewodzie pokarmowym chorego, trudno orzec.

Wspomnieć muszę jeszcze, iż poddałem badaniu płyny patologiczne, mianowicie: płyn z jamy brzusznej z przypadku zapalenia gruźliczego otrzewnej, dwa płyny z przypadku zapalenia wysiękowego opłucnej, oraz płyn przesiękowy z tkanki podskórnej chorej na zapalenie nerek; w żadnym z tych płynów substancyi uczynniającej nie znalazłem; płyn z puchliny podskórnej pochodził z chorej, której surowica zawierała wielką ilość lecytyny; świadczyłoby to o tem, że lecytyna, krążąca we krwi, nie przechodzi poza naczynia.

W końcu podać muszę jeszcze wyniki badań doświadczalnych, jakie wykonałem na chorych klinicznych. Dla przekonania się mianowicie, czy lecytyna sztuczna, wprowadzona do ustroju przez wstrzyknięcie, ujawni się następnie w surowicy, wstrzykiwałem lecytynę pod postacią rozczynu w oliwie (fabr. Clin w Paryżu) trzem chorym neurastenikom, dla których wstrzykiwania te były zarazem leczeniem. Przed rozpoczęciem wstrzykiwań badałem ich surowice: u wszystkich brak lecytyny; następnie po ukończeniu pewnej seryi wstrzykiwań, więc u jednego po pięciu, u drugiego po dziesięciu, u trzeciego wreszcie po dwudziestu wstrzyknięciach badałem znów krew; jako kontrolnej użyłem tej samej lecytyny Clina, którą strąciłem acetonem z rozczynu oliwnego; kontrolna w zawiesinie 1:5000 hemolizowała z jadem bardzo dobrze. I udało mi się wykryć lecytynę w surowicy ostatniego chorego po dwudziestu wstrzyknięciach, a więc po wprowadzeniu 1 grama lecytyny do ustroju: lecytyna zatem pojawiła się we krwi. Czy fakt ten będzie miał znaczenie lecznicze, na razie jeszcze niewiadomo.

Odchylenie lecytyny.

Gdy Calmette stwierdził, iż bakterye gruźlicze oraz tuberkulina chciwie łączą się z lecytyną, oraz że wiążą się też i z lecytyną, znajdującą się w surowicach zwierząt gruźliczych tak, że lecytyna taka już nie uczynniała jadu kobry, nasuwała się myśl, że w sprawie tej chodzi o rzecz jakąś istotną, swoistą do tego stopnia, iż, by módz czynić wnioski o istnieniu gruźlicy w ustroju, niedość jest znaleźć lecytynę w surowicy badanego chorego, lecz, co ważniejsze, trzeba odchylić ją lub związać z bakteryami gruźliczemi, jako tym zarazkiem, który w danym przypadku jest przyczyną sprawy chorobowej. Tymczasem w badaniach swych, przeprowadzonych na surowicach chorych gruźliczych, nie wspomina Calmette wcale, czy lecytynę, którą znajdował, odchylał bakteryami gruźliczemi lub tuberkuliną, z czego chyba przypuszczać wypada, iż nie uważa sprawy odchylenia lecytyny za istotną część odczynu aktywowania, którą podał jako metodę rozpoznawczą dla gruźlicy.

Sprawa wiązania lecytyny przez tuberkulinę — nie mówię o bakteryach gruźliczych, gdyż tych w badaniach moich nie miałem do rozporządzenia — przedstawia się nieco inaczej. Nie trudno jest przekonać się, że tuberkulina łączy się chciwie z lecytyną, użytą jako kontrolną do odczynu, lecz trudniej jest uzyskać związanie lecytyny ustrojowej, t. j. tej, którą się wykrywa w surowicy krwi ustroju żywego w takich rozmiarach, jak to się dzieje co do lecytyny kontrolnej; stwierdziłem bowiem, poddając działaniu tuberkuliny każdą surowicę, w której tylko znalazłem lecytynę, iż związanie tej lecytyny jest bardzo słabe, gdyż albo tuberkulina nie odchyla jej zupełnie nawet u osób napewno gruźliczych, lub, jeśli odchyla, to zaledwie jedną lub dwie ostatnie ilości hemolizujące; chcąc zaś dopatrywać się w odchyleniu lecytyny sprawy swoistej, należy wymagać, by odchylenie to występowało w szerszych rozmiarach, przynajmniej takich, jak w kontroli. Wniosek stąd, iż lecytyna ustroju, to lecytyna inna, bardziej kapryśna, niż martwa lecytyna kontrolna.

Dalej udało mi się stwierdzić, iż nietylko bakterye gruźlicze, jak to wykazał Calmette, odznaczają się chciwością wiązania się z lecytyną, lecz że i inne bakterye posiadają tę samą własność; stwierdziłem zaś ją mianowicie u bakteryi durowych, oraz u dwoinki, którą wyhodowałem z przypadku zakażenia połogowego; bakterye te jednakże

w stosunku do lecytyny zachowują się podobnie, jak tuberkulina; znalazłszy bowiem lecytynę w surowicach chorych zakaźnych (typhus, sepsis), próbowałem związać ją zawiesiną bakteryi ustroju zakażonego i zauważyłem to samo, t. j., że, o ile bakterye te łączyły się z lecytyną kontrolną na całej linii eksperymentu, o tyle odchylały tylko ilości ostatnie lecytyny surowicy badanej; to samo czyniła też w tych samych przypadkach i tuberkulina. Wobec więc stwierdzenia powyższego faktu, swoistość odchylenia lecytyny przez bakterye gruźlicze upada, podobnie, jak również nie da się jej dopatrzeć w odchyleniu przez inne bakterye. Zresztą już Calmette, o czem wspominałem, przytaczając jego prace, stwierdził, że lecytyna, znajdująca się normalnie w surowicach niektórych zwierząt zdrowych, bywa wiązana przez tuberkulinę.

Na podstawie wyżej przytoczonych badań, oraz ich wyników, dochodzę do następujących wniosków:

1. Substancya uczynniająca jad kobry, jaką okazuje się lecytyna, pojawia się w surowicach nietylko chorych gruźliczych, lecz także w toku spraw innych, przedewszystkiem zakaźnych, oraz w przebiegu zapaleń nerek, i to stalej, niż w gruźlicy, a co najważniejsza u ludzi, u których zmiany gruźlicze zostały wyłączone; wobec tego odczyn Calmettea z wielkiemi zastrzeżeniami można stosować do rozpoznania gruźlicy.

2. Surowice kiłowe, t. zn. dające odczyn dodatni Wassermanna, nie zawierają lecytyny, dającej się wykryć jadem kobry.

3. Odchylenie lecytyny przez tuberkulinę lub bakterye gruźlicze nie może być uważane za swoiste dla gruźlicy, tembardziej, że własność łączenia się z lecytyną posiadają też i inne bakterye.

4. Lecytyna, znajdująca się w surowicy krwi, prawdopodobnie nie przechodzi do przesięków chorobowych.

5. Lecytyna, wprowadzona do ustroju przez wstrzyknięcie, pojawia się w surowicy krwi i daje się wykryć jadem kobry.

W piśmiennictwie napotyka się dwie wzmianki o odczynie Calmettea, zastosowanym do celów rozpoznawczych, mianowicie Szaboky [18]), porównując odczyn aktywowania z metodą odchylenia dopełniacza w gruźlicy, przypisuje na podstawie badań przeprowadzonych u 22 chorych, z tego 13 gruźliczych, większą wartość odczynowi Calmettea, niż metodzie odchylenia.

Pechanovitsch [19]), badając 62 ludzi gruźliczych, znalazł u 54 odczyn dodatni; zaznacza jednakże, że i u zdrowych odczyn ten dał wynik dodatni w 27·8%.

W końcu kilka słów o istocie odczynu aktywowania. Jak już wspomniałem, Flexner i Noguchi [1]) przypuszczali jeszcze wtedy, gdy nie znano aktywatora jadu kobry, iż działanie hemolityczne jadu zależy od dwu substancyi: jedna, zawarta w samym jadzie, ma być wytrzymałą na ogrzanie nawet do ciepłoty 90°, druga, znajdująca się w surowicy, uczynnia jad; w myśl ich wywodów jad ma składać się z szeregu substancyi, działających na sposób niweczników (amboceptorów), które zostają uczynnione przez pewne dopełniacze (komplementy) surowicy. Kyes [3]), opierając się na fakcie że niektóre gatunki ciałek zostają samoistnie rozpuszczone przez jad, tłomaczy to działanie t. zw. endokomplementami, które mają być zawarte w zrębach (stroma) ciałek krwi; to przypuszczenie jego potwierdza ten eksperyment, iż rozczyny wodne tych ciałek działają również uczynniająco.

Calmette [2]) stwierdziwszy następnie, iż ciepłota 62°, w której dopełniacze giną, nietylko nie znosi działania uczynniającego surowic, lecz przeciwnie niejako potęguje ich działanie, przyjmuje, że w surowicach znajdują się dwie substancye: jedna, to naturalna antyhemolizyna, skierowana przeciw jadowi, która ma być ciepłochwiejną (termolabil), druga zaś, to substancya uczynniająca, wytrzymująca ogrzanie nawet do ciepłoty 80°: przez ogrzanie więc surowicy do 62° znosi się działanie pierwszej (antyhemolizyny), a ujawnia działanie drugiej (uczynniającej).

Kyes i Sachs [4]), [5]) wreszcie, jak wiadomo, wykryli, iż substancyą uczynniającą jest lecytyna. Co do sposobu działania jej przypuszczają, że lecytyna działa, jak dopełniacz, łącząc się z niwecznikiem (amboceptorem) jadu, przyczem powstaje trujący związek podwójny (lecithid), w którym z początku reszcie cholinowej, później zaś reszcie kwasów tłuszczowych (Fettsäurerest) w drobinie lecytyny przypisują działanie toksyczne: to przypuszczenie uzasadniają tem, że same kwasy tłuszczowe, jakoteż tłuszcze, oraz zobojętniony kwas stearylo-gliceryno-fosforowy hemolizują ciałka. Że substancyę uczynniającą jad, w surowicach zawartą, należy zaliczyć do dopełniaczy, za tem przemawiają pewne analogie z własnościami dopełniaczy, oraz różnice między lecytyną kontrolną, a lecytyną w surowicach zawartą, mianowicie:

1. Surowice po dodaniu papainy tracą własności uczynniające, natomiast rozczyny lecytyny nie tracą tej własności; podobnie rzecz się ma z kwasem solnym i ługiem;

2. cholesteryna hamuje działanie lecytyny kontrolnej, nie wpływa zaś wcale na działanie uczynniające surowic;

3. związek ilościowy między jadem a lecytyną bardzo przypomina ten sam związek amboceptorów i dopełniaczy; im bowiem więcej daje się jadu, tem mniej lecytyny trzeba, by wywołać hemolizę i naodwrót, nadmiar jadu w pewnych warunkach może wywołać zahamowanie hemolizy, objaw, który Kyes tłomaczy rodzajem odchylenia komplementu (Komplementablenkung), Noguchi [20]) zaś tem, że część jadu, użytego w nadmiarze, daje nierozpuszczalne połączenie z białkiem ciałek (rodzaj globinu).

Ten sam autor na podstawie swych badań dochodzi do przekonania, że substancyą uczynniającą w surowicy ogrzanej nie jest lecytyna sama, lecz połączenie lecytyny z białkiem, które to połączenie daje się wyciągnąć gorącym alkoholem, a nie eterem. W końcu Bang [21]) [22]) [23]) dochodzi w swych badaniach do wyników bardzo odrębnych, twierdzi bowiem, że lecytyna czysta (chemiczna) nie jest wcale aktywatorem jadu kobry, raczej inne substancye, głównie rozłożone fosfatydy, zawarte w fabrycznej lecytynie; produkt zaś, nierozpuszczalny w eterze, ów »Kobralecithid«, znajduje się już jako taki w lecytynie kupnej. Bang, wychodząc z założenia, że krew w zawiesinie cukru trzcinowego staje się łatwiej rozpuszczalna, i że nawet ciałka niewrażliwe na jad w rozczynie cukru mogą uledz hemolizie przez jad kobry i że tę hemolizę można zahamować przez dodatek różnych soli, nawet przez sól kuchenną, przypuszcza, iż lipoidy działają uczynniająco przez to tylko, iż wywołując pewne zmiany we krwi, zobojętniają hamujący wpływ soli.

W ostatnich czasach Manwaring [24]), zajmując się sprawą hemolizy przez jad kobry, dochodzi do przekonania, że jad kobry zawiera ferment, lecytynazę, mający własność zaszczepiania lecytyny, mianowicie na wolny kwas tłuszczowy, oraz związek zw. tłuszczan lecytyny (Monofettsäurelecithin), który sprowadza hemolizę; działanie więc jadu polega na przekształceniu drogą fermentacyjną nieczynnej lecytyny w produkt czynny, wywołujący hemolizę.

Przyznać w każdym razie trzeba, iż sprawa hemolizy jadu kobry, oraz związku jadu z lecytyną — (Kobralecithid) — dotąd nie jest jeszcze zupełnie wyświetlona, wymaga zatem dalszych badań. Może spór naukowy, jaki się w ostatnich czasach wywiązał między Bangem a Sachsem, oraz szkołą Ehrlicha, przyczyni się do wyświetlenia sprawy, dotąd niezupełnie jasnej.

Piśmiennictwo. 1) Flexner i Noguchi (Journal of exper. med. vol. VI. Nr 3, 1902). — 2) Calmette (Compt. rend. de l'Acad. des Sciences 1902, Nr 34). — 3) Kyes (Berl. klin. Wochs. 1902, Nr 38—39). — 4) Kyes i Sachs (Berl. klin. Wochs. 1903, Nr 2—4). — 5) Ciżsami. Tamże. Nr 42—43). 6) Noguchi (Journ. of. exp. med. IX. 1907, 436. — 7) Calmette (Compt. rend. de l'Acad. des Sciences 1908, 30. marca). — 8) Tenże. Tamże. 1908, 25. maja. — 9) Tenże. Soc. Biolog. 1908, 19. grudnia. — 10) Kostrzewski (Centralbl. f. Bakt. 1911, Heft 3). — 11) Manasse (Z. J. physiol. Chem. XX. 478). — 12) Bing (C. Phys. XII. 1898, 209). — 13) Asher i Rosenfeld (Bioch. Zeit. III. 1907, 335). — 14) Mayer (Bioch. Zeit. I. 1906, 81). — 15) Williams i Wilson (Bioch. Zeit. II. 1907, 20). — 16) Klemperer i Umber (Z. f. klin. Med. 1907, 61. 145). — 17) Klemperer (Deut. med. Wochs. 1910, Nr 51). — 18) v. Szaboky (Zeit. f. Tuberk. 1909, Bd. XIV.). — 19) Pechanovitsch (Deut. med. Wochs. 1910, Nr 4). — 20) Noguchi (Journ. of. exp. med. VIII. 1906. — 21) Bang (Bioch. Zeit. II. 1908, 251). — 22) Tenże (Erg. d. Physiol. VIII. 1909, 463). — 23) Manwaring (Z. f. Inn. u. exp. Ther. Bd. VI. 1910). — 24) Bang. Ibidem.

Oceny i sprawozdania.

H. Bosma. **Dzieci nerwowe.** (Uwagi lekarskie, wychowawcze i ogólne). Warszawa, tłom. Dr K. Niedzielski. Książka niniejsza, przyswojona naszej literaturze, zająć musi tak lekarza, jak i pedagoga, podając różne szczegóły, tyczące się nerwowości dzieci w wieku, zwłaszcza szkolnym. Celem książki, jak pisze autor, jest zachęta do głębszego zastanowienia się nad duszą dziecka, omówienie błędów w wychowaniu rodzinnem, opisanie typów dzieci nerwowych, a wreszcie wskazówki i rady higieniczno-pedagogiczne i środki, zapomocą których najpewniej ustrzedz się, by dzieci nie popadały w nerwowość. Przytem omawia autor i inne ważne rzeczy, jak n. p. dziedziczność, alkoholizm sen dziecka, naukę w domu, odżywianie i t. p. Klęsk.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

S. Chołmogorow. **Sztuczne porody przedwczesne.** (Żurnał akuszer. i żenskich bol. 1911. kwiecień — sierpień). W ces. zakładzie położniczym w latach 1889 do 1908 włącznie wywoływano porody sztuczne w 183 przypadkach u 25 pierwiastek i 158 wieloródek w wieku od lat 19 do 42. W 177 przypadkach powodem do przerwania ciąży była miednica zwężona, w 3 przyp. miednica zwężona i jednocześnie choroba nerek i w 3 przyp. wyłącznie choroba nerek. W 55 przyp. była miednica spłaszczona, w 107 ogólnie zwężona. Wskazaniem do zabiegu u wieloródek były nietylko zmniejszone wymiary miednicy, lecz także brano na uwagę wyniki niepomyślne przy porodach poprzednich. Z pomiędzy 55 przyp. miednicy spłaszczonej sprzężna prawdziwa wynosiła w 14 przyp. 9·5—8·5 cm, w 41 przyp. 8·4—7·0 cm. Ze 107 przyp. miednicy ogólnie zwężonej w 16 przyp. sprzężna prawdziwa wynosiła 10·0 — 9·0 cm, w 86 przyp. 8·5—7·5 cm i w 5 przyp. 7·4—5·5 cm. W reszcie przypadków zanotowano 9 razy miednicę lejkowatą, 5 razy miednicę garbatych i 4 razy ukośnie zwężoną.

W 29. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 7 przyp.; pozostało przy życiu 1 dziecię.
W 30. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 7 przyp.; pozostało przy życiu 4 dzieci.
W 31. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 1 przyp.; pozostało przy życiu 1 dziecię.
W 32. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 6 przyp.; pozostało przy życiu 5 dzieci.
W 33. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 21 przyp.; pozostało przy życiu 13 dzieci.
W 34. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 40 przyp.; pozostało przy życiu 27 dzieci.
W 35. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 38 przyp.; pozostało przy życiu 29 dzieci.
W 36. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 17 przyp.; pozostało przy życiu 11 dzieci.
W 37. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 13 przyp.; pozostało przy życiu 10 dzieci.
W 38. tygodniu ciąży wywołano poród sztuczny w 30 przyp.; pozostało przy życiu 21 dzieci.

Bóle porodowe występowały w niektórych przypadkach nader opieszale. W 1 przyp. poród nastąpił dopiero po 12 dobach i 9 godz. Zabiegi rozpoczynano zwykle od gorących natrysków (32—35° R.) co ½—1 godz. W 9 przyp. były one skuteczne. Jeśli zaś nie skutkowały, wprowadzano do macicy pręt elastyczny według sposobu Krauzego. W ten sposób osiągnięto dobre wyniki w 164 przypadkach. Krwawienia znacznego nie zanotowano ani razu. W 1 przyp. pręt pozostawał w macicy 4 doby bez skutku; musiano przerwać pęcherz płodowy. W 1 przyp., w którym pręt leżał 9 dni, nie wywołując bolów porodowych, dokonano tamponowania szyjki macicznej zapomocą gazy jodoformowej, pozostawiając ją na 2 doby również bezskutecznie; wówczas wprowadzono powtórnie pręt, który po 4 dobach spowodował bóle porodowe. 8 razy stosowano metreurynzę. W 162 przypadkach (88·5%) położnice nie gorączkowały wcale; w 12 przyp. nastąpiło zapalenie błony śluzowej macicy. w 1 przyp. zapalenie pochwy, w 2 przyp. zapalenie okołomaciczne, w 1 przyp. ropnica, w 2 przyp. zapalenie otrzewnej posocznicowe, 1 przyp. posocznicoropnicą, w 2 przyp. przyszło do pęknięcia macicy, w 1 przyp. do pęknięcia szyjki macicznej, pępowina wypadła 11 razy, rączka 1 raz. Rzucawkę zanotowano raz 1. Zmarło 6 położnic (3·2%), w tej liczbie 4 z powodu zakażenia (2·2%).

Ch. dochodzi do następujących wniosków: 1) Wbrew opinii niektórych autorów, którzy są przeciwnikami sztucznego porodu przedwczesnego, zabieg ten powinien być sosowany przy pewnych wskazaniach przy miednicy zwężonej. 2) Bynajmniej nie wszystkie dzieci pozostają wskutek omawianego zabiegu przy życiu; prócz tego pewna ilość rodzących się żywych dzieci umiera w pierwszym okresie poporodowym wskutek nienależytego rozwoju, jednakże ilość żywych dzieci, opuszczających zakłady położnicze, przewyższa 60% wszystkich rodzących się. U Ch. ilość ich wynosiła 66·67%. 3) Najwyraźniej zarysowuje się korzystna strona tego zabiegu, jeśli się porówna u jednych i tych samych kobiet ilość żywych dzieci urodzonych we właściwym czasie i zapomocą operacyi przedwczesnej. W ten sposób udaje się uratować 30% do 36·4% niemowląt; według statystyki Ch. nawet 43·4%. 4) Śmiertelność niemo-

wląt, które przyszły na świat przedwcześnie, nie przekracza w ciągu pierwszego roku, jak wskazują duże statystyki, zwykłej śmiertelności dzieci w tym okresie ich życia. 5) Przerwanie ciąży przed 33. tygodniem powinno być zaniechane ze względu na płód. 6) Sztuczny poród przedwczesny nie powinien być wykonywany, jeśli sprzężna prawdziwa wynosi przy miednicy spłaszczonej mniej niż 7·5 cm, a przy miednicy ogólnie zwężonej mniej niż 8 cm.

M. Pietkiewicz.

K. Ulesko-Stroganowa. **W sprawie wczesnego zabiegu operacyjnego przy leczeniu raka macicy.** (Żurnał akusz. i żenskich bol. 1911. Lipiec i sierpień). Ze względu na doniosłe znaczenie wczesnego rozpoznania raka macicy i ogólne dążenie do możliwie wczesnej operacyi doszczętnej zastanawia się U. S. nad pytaniem, co właściwie rozumieć należy przez nazwę początkowego okresu raka. Ponieważ rozpoznanie raka czyni się na zasadzie całego szeregu objawów, znamionujących przeważnie obraz drobnowidowy nowotworu, oraz pewnych danych klinicznych, to, ściśle mówiąc, pojęcia nasze o początkowym okresie raka wiązać się muszą z pojęciem tylko pewnego ograniczenia sprawy pod względem jej rozmiarów. Co się tyczy objawów znamionujących obraz drobnowidowy początkowego okresu raka, takowych wcale nie posiadamy; rozpoznanie drobnowidowe raka czyni się wogóle na zasadzie zbioru objawów, właściwych dla sprawy zupełnie rozwiniętej. Taki stan rzeczy tłómaczy, dlaczego w niektórych przypadkach, pomimo wcześnie dokonanej operacyi doszczętnej, gdy na szyjce macicznej było zaledwie niewielkie owrzodzenie, choroba ponawiała się w krótkim czasie i następowało zejście śmiertelne. Ostatnimi czasy rozpowszechnia się coraz więcej pogląd, wypowiedziany najpierw przez Virchowa, a następnie potwierdzony przez klinicystów i statystykę, iż pochodzenie raka jest często w związku z jakiemś podrażnieniem. Z drugiej strony wiadomo, iż nabłonek podlegać może rozmaitym zmianom i uzyskać własność nadmiernego bujania pod wpływem czynników drażniących. Napotkawszy więc przy badaniu drobnowidowem owrzodzenia podejrzanego szereg zmian nabłonka, nadmierny rozrost i nietypowe bujanie komórek, trudno nieraz określić, z czem się ma do czynienia, czy z obrazem rozwijającego się raka, czy też z wynikiem zmian, spowodowanych przez jakieś podrażnienie. Na zasadzie powyższych rozumowań oraz szeregu opisów zbadanych przez się i operowanych przypadków dochodzi U. S. do następujących wniosków: Nietypowy rozrost nabłonka w najszerszym nawet zakresie, jaki się napotyka w przypadkach złośliwych, nie daje jeszcze prawa rozpoznania raka, a więc nie może być uważany jako podstawa naukowa do usunięcia doszczętnego macicy, jeśli obok rozrostu nabłonka napotyka się jakąś sprawę wyraźnie określoną np. wiewiór, nadżerkę (erosio), przymiot, gruźlicę i t. d., które same przez się mogą wywołać i podtrzymywać nietypowe bujanie nabłonka. Takie chore należy przedewszystkiem leczyć w sposób odpowiedni, starając się usunąć cierpienie podstawowe, a po pewnym czasie zbadać powtórnie sprawę miejscową zapomocą drobnowidu w celu wyjaśnienia istoty choroby. M, Pietkiewicz.

K. Skutuł. **Przypadek pierwotnego stwardnienia kiłowego części pochwowej macicy.** (Żurnał akuszer. i żeńskich bol. 1911. Lipiec i sierpień). Włościanka 44 lat, wieloródka, zachorowała $1^1/_2$—2 miesięcy temu przy objawach dreszczów, gorączki i bolu głowy; nieco później przyłączyły się bóle krzyżów i okolicy podbrzuszej. Miesiączka, dotychczas prawidłowa, od chwili zasłabnięcia trwała bezustannie w ciągu 5—6 tygodni dosyć obficie; ustała 6 dni temu; natomiast zjawiły się upławy, brunatnego koloru, w znacznej ilości. Chora uskarża się przedewszystkiem na bóle głowy, dokuczające przeważnie w nocy. Skóra chorej pokryta wysypką grudkowatą. Grudki ściśle ograniczone o błyszczącej powierzchni. Duże i małe wargi również pokryte takąż wysypką. W jamie ustnej i w gardle zmian nie ma. Gruczoły nie powiększone. Część pochwowa macicy twarda i znacznie powiększona (6 cm średnicy). Ujście zewnętrzne kształtu szczeliny, otoczone jaskrawo czerwoną nadżerką, pokrywającą przednią i tylną wargę oraz ścianki szyi macicznej. Obwodowe brzegi nadżerki otoczone nieco ciemniejszym pasem. Powierzchnia nadżerki gładka, matowa, łatwo krwawiąca, pokryta miejscami ciemnoczerwonemi kropkami. Z kanału szyi macicznej wydzielał się płyn śluzowy koloru brunatno-krwawego. Ciepłota i tętno prawidłowe. Rozpoznanie: Wtórne objawy kiły. Wobec znacznych zmian na części pochwowej macicy S. jest zdania, iż właśnie w tem miejscu nastąpiło pierwotne zarażenie. Pod wpływem leczenia swoistego (codzienne wstrzykiwania sol. hydrarg. benz. 1% po 2·0) ustały dosyć rychło wszystkie objawy chorobowe.

M. Pietkiewicz.

A. Raab. **W sprawie niedokładnego zwinięcia się macicy.** (Żurnał akuszer. i żeńsk. bol. 1911. Lipiec i sierpień). W klinice położniczej przy żeńskim instytucie medycznym w Petersburgu podlegają wszystkie położnice bez wyjątku badaniu oburęcznemu przed opuszczeniem kliniki, wieloródki na 8., a pierwiastki na 9. dzień po porodzie. Na 1122 porody spostrzegał R. niedokładne zwinięcie się macicy w 224 przypadkach. W tej liczbie było 25 pierwiastek w wieku od 18—38 lat i 199 wieloródek od 17—45 lat. W większości przypadków miednica była prawidłowa i porody odbywały się bez pomocy lekarskiej. Operacyę wykonano 11 razy: kleszcze w 2 przyp., obrót w 6 przyp., przebicie czaszki w 3 przyp. Prócz tego notowano w 5 przyp. nadmiar wód płodowych, w 1 przyp. włókiakomięśniaka macicy i w 14 przyp. krwotoki w okresie poporodowym. Żywych donoszonych dzieci urodziło się 213. Prawidłową ciepłotę zanotowano u 110 położnic, wahania do 37·8° u 34, znaczne, ale krótko trwające podwyższenie ciepłoty u 66 i stałą gorączkę u 14. Wydzieliny krwawe, trwające do 7. lub 8. dnia spostrzegano w 61 przyp., zabarwione w ciągu dłuższego czasu niżby należało w 163 przyp., cuchnące w 29 przyp. Położenie macicy było najczęściej prawidłowe, rzadko spostrzegano znaczne zgięcie ku przodowi lub tyłowi. W przeważającej liczbie przypadków jama macicy zawierała większą lub mniejszą ilość skrzepów krwi; płynną zawartość znajdowano prawie wyłącznie w przypadkach nadmiernego zgięcia macicy ku przodowi. Jeśli na 8. lub 9. dzień po porodzie kanał macicy przepuszczał palec i w jamie macicy znajdowano skrzepy krwi, to niezwłocznie usuwano je zapomocą palca, macicę miesiono energicznie i dawano zwiększoną dawkę ergotyny; dalsze postępowanie zależało od okoliczności. Przy nieznacznem zwiotczeniu ścian macicy zabiegi powyższe były zupełnie wystarczające, by w ciągu doby osiągnąć dostateczne zwinięcie się macicy. Jeśli jama macicy była duża i ściany znacznie zwiotczałe, stosowano gorące natryski pochwowe (37—38° R.) 2 razy dziennie lub w razie podwyższenia ciepłoty, pęcherz z lodem na brzuch. W lekkich formach poprawa następowała w ciągu 1—2 dni. Z 224 przypadków niedokładnego zwinięcia się macicy 206 opuściło klinikę w dobrym stanie, co dowiedzione zostało zapomocą powtórnego badania. U 18 położnic, które nie chciały pozostawać nadal w klinice, spostrzegano polepszenie, ale niedostateczne. M. Pietkiewicz.

A. Timofiejew. **Śródbłoniak macicy w związku z włókniakomięśniakiem** (gruczolakomięśniakiem). (Żurnał akuszer. i żensk. bol. 1911. Lipiec i sierpień). T. podaje dokładny opis przypadku śródbłoniaka powikłanego gruczolakomięśniakiem. Chora 45 l. uskarża się oddawna na bole w podbrzuszu. W ciąży była raz jeden, poroniła w 3. miesiącu; krwotoków i upławów nie było. Rozpoznano: włókniakomięśniak wielkości jabłka (średniej wielkości). W czasie operacyi znaleziono prócz niego jeszcze kilka małych guzów macicy i zwyrodnienie torbielowate jajników. Z tego powodu wykonano wycięcie doszczętne macicy i przydatków. Badanie guzów macicy wykazało sporą ilość jam, wyścielonych po części typowym śródbłonkiem, po części za komórkami różnego kształtu i wielkości, pomiędzy któremi

były wyraźne formy przejściowe. W tkance mięśniaków znaleziono w niektórych miejscach całkiem odosobnione twory gruczołowate, pochodzenia, jak sądzić należy, zarodkowego (według Recklingshausena pozostałości przewodów Wolffa). T. sądzi, iż te właśnie gruczolakomięśniaki dały początek pochodzeniu śródbłoniaka. M. Pietkiewicz.

J. Brok. **W sprawie zabezpieczenia krocza.** (Żurnał akuszer. i żensk. bol. 1911. Lipiec i sierpień). Ogólnie zalecane w podręcznikach sposoby podtrzymywania krocza uważa B. nietylko za bezcelowe, ale wprost za szkodliwe. Przy porodzie prawidłowym, w okresie przerzynania się główki płodu, ręce i palce położnej lub położnika nie powinny wcale dotykać krocza rodzącej. W celu zabezpieczenia krocza poleca B. następujące zabiegi. Rodząca powinna leżeć na wznak lub na boku na dosyć twardem posłaniu z miednicą nieco ku górze uniesioną, by krocze było stale dokładnie widzialne. Cała uwaga powinna być zwrócona na to, by główka niezbyt prędko się przerzynała. W tym celu powstrzymuje się napór główki w czasie bólu końcami palców jednej ręki (prawej), opierających się delikatnie o część widzialną główki, wychodzącej ze sromu. W miarę ukazywania się większego jej obwodu, obejmuje się część przodującą palcami a następnie dłonią. Uciskając w ten sposób na główkę, zapobiega się łatwo zbyt prędkiemu przerzynaniu się. Jeśli bole porodowe są zbyt gwałtowne, należy się starać wyprowadzić główkę w czasie przerwy między bolami. B. jest bardzo zadowolony z wyników takiego postępowania. (Poglądy autora są zbyt jednostronne, by można było bezwzględnie na nie się zgodzić, przyznać wszakże należy, iż zalecane w podręcznikach przepisy podtrzymywania krocza grzeszą szablonowością i wymagają bardziej celowego i krytycznego opracowania; przyciskanie krocza do przerzynającej się główki, tembardziej brutalnie wykonywane, przynosi rodzącej bezwarunkowo więcej szkody niż korzyści. Sprawozdawca).

M. Pietkiewicz.

Higiena.

Rimpau. **Lekarz praktyczny, a zakład bakteryologiczny w służbie zwalczania chorób zakaźnych.** (Tow. lek. Monachium 1911, V.). Z okazyi otwarcia nowego zakładu do badań bakteryologicznych w Monachium R. miał odczyt, którego treścią było wykazanie, jak wiele przy zwalczaniu chorób zakaźnych wskórać mogą lekarze praktyczni, będący w kontakcie z zakładami bakteryologicznymi. Przedewszystkiem lekarze powinni bezwarunkowo donosić o chorobach zakaźnych i to nie czekać, aż obraz kliniczny będzie jasny, lecz w wątpliwych przypadkach posługiwać się właśnie zakładem bakteryologicznym. Badania takie oddają też cenne usługi przy wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy płuc i nerek, przy wyszukiwaniu roznosicieli prątków przy durze, cholerze, zapaleniu opon, czerwonce i t. p. Należy materyał do badania posyłać, jednak świeży i odpowiednio zapakowany i to ewentualnie kilka razy w razie ujemnego wyniku.

Badania takie odbywać się powinny za darmo, względnie nie na koszt osób, n. p. biednych, a podejrzanych o daną chorobę, lub o roznoszenie drobnoustrojów. K.

Harnack. **O szczególnych właściwościach kawy jako napoju i o postępowaniu Thuma, celem odczyszczania i poprawy kawy.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 35). Kawa u wielu osób powoduje przypadłości żołądkowe, a pośrednio sercowe, ale nie pochodzą one wcale od kofeiny, albowiem nie występują one po spożyciu herbaty lub kakao, chociaż ilość kofeiny w tych napojach jest nieraz większa, niż w kawie. Natomiast głównie drażnią żołądek zanieczyszczenia ziarn kawy, tłuszcze, jakoteż inne połączenia lotne, tworzące się przy paleniu kawy. Zapobiega temu sposób Thuma, który polega na odczyszczaniu surowej kawy szczotkami we wodzie o 65—70°. Potem podsusza się kawę i zaraz pali. Woda z popłuczyn wygląda zupełnie zielono-czarna i zawiera masami proch, włókna roślinne, cząstki organiczne i dużo tłuszczu w rodzaju wosku. Ten ostatni zwłaszcza występuje wybitnie przy paleniu i z czasem rozkłada się w kawie, podczas gdy kawa odczyszczona sposobem Thuma jest nie tłusta, matowa, znakomicie się konserwuje, ma aromat ładny i nie szkodzi tak na żołądek, jak kawa zanieczyszczona. Natomiast zawartość kofeiny dla żołądka jest obojętną. — Przy paleniu kawy z owych zanieczyszczeń tworzą się różne szkodliwe produkta, jak akroleina, enol, pyrogallol i t. p. Kawa szkodzi na żołądek znacznie mniej, jeżeli nie pije się jej w gorącym stanie, albowiem przy oziębianiu ulatnia się dużo szkodliwych domieszek, tak samo szkodzą bardziej żołądkowi wina stare, pite na gorąco. Kawa jest silnie hypertoniczną, i z tego powodu powoduje silny napływ do żołądka treści, kwasy, jakoteż dłuższe przebywanie tamże pokarmów.

Natomiast herbata jest płynem mimo wielkiej zawartości kofeiny dla żołądka zupełnie obojętnym. A.

Schepilewski. **Proces samoistnego oczyszczania się wód naturalnych po sztucznem ich zakażeniu bakteryami.** (Arch. f. Hygiene, T. 72). Wynik swej pracy doświadczalnej streszcza autor w sposób następujący: Woda w przyrodzie posiada swoiste własności bakteryobójcze, pozwalające pozbywać się szybko bakteryi sztucznie do niej wprowadzonych; niektóre tylko wody źródlane własności tej nie posiadają. Własność ta związana jest w wodzie z obecnością i rozwojem pierwotniaków. Oczyszczanie się wody z bakteryi objawia się w sposób nagły, po upływie pewnego czasu, w ciągu którego przygotowują się własności bakteryobójcze, względnie odbywa się rozmnażanie się pierwotniaków. Na rozwój pierwotniaków w wodzie wpływa i wywołuje go autoliza bakteryi — powstałe z niej produkta; — najprawdopodobniej oddziałują produkta, wytworzone przez życie bakteryi, na formy życiowe i otorbione pierwotniaków. L. Bier.

Dold. **Badania porównawcze nad wartością praktyczną metody strącania przy poszukiwaniu bakteryi okrężnicowych w wodzie.** (Zeitschr. f. Hygiene Tom 66, 1910). Autor porównywał metody Fickera i Federolfa, polegające na wywoływaniu w badanej co do bakteryi okrężnicowych wodzie strątów przez dodatek siarkanu żelazawego z metodą angielską Mac Conkeya. Ostatni miesza stopniowe — od 0,01—100 cm — ilości wody z pożywką, zawierającą taurocholan sodowy i czerwień obojętną (Neutralrot), — trzyma mieszaninę przy ciepłocie 42° C. w kolbkach fermentacyjnych przez 2 dni, a wykazujące gaz i kwasotę kolbki bada dalej szeregiem kultur i reakcyi biologicznych. Zastosowując metody strącania, używał D. 25 cm wody, zaprawiał je 0,01 cm 10% roztworu sody i 0,1 cm siarkanu żelazawego, centryfugował przez kwadrans, a płyn czysty badał sposobem Mac Conkeya, zaś osad rozpuszczał w winianie potasowym i rozpościerał na wielkich płytach, zawierających agar Endo. Metodą stosowaną nie udawało się wprawdzie zawsze wydzielić wszystkich bakteryi okrężnicowych, zawartych w wodzie i osadzić ich na dnie, gdyż na 51 prób 39 razy, mimo to wynik nie był gorszy, niż przy zastosowaniu samej metody Mac Conkeya, a nawet od niej nieco lepszy. Wobec tego uważa D. metody, polegające na strąceniu bakteryi, za lepsze od metody angielskiej, tem zaś więcej, że podają o wiele lepiej ilościowy obraz bakteryi w wodzie, są prostsze i już po 1—2 dniach dają wyniki, gdy zaś metodą Mac Conkeya osiąga się je dopiero po 4 do 7. — Zdaniem autora należy przy badaniach bakteryologicznych wody poszukiwać nietylko typowej bakteryi okrężnicowej, lecz również zwracać pilną uwagę na nietypowe, gdyż dla oceny, czy woda jest do picia przydatną, te drugie posiadają najprawdopodobniej znaczenie ważniejsze, aniżeli pierwsze. L. Bier.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie
z dnia 20. VI. 1911 r.

1) Lustgarten przedstawia 3-letniego chłopca, który nie przechodził żadnej choroby gorączkowej, dotychczas nie mówi, nie chodzi o własnych siłach, miewa, jak się zdaje, drgawki. Badanie stwierdza brak wszelkich zmian w kończynach. Chory jednak pozostawiony sobie pada w tył, podtrzymywany stoi niepewnie na rozstawionych nogach, chodzi tylko prowadzony za obie ręce, lub z pewnym trudem za rękę prawą. Uwzględniając przytem stan psychiczny rozpoznaje L. **porencefalię i idyotyzm**, charakterystyczne jednak zaburzenia statyki i chodu przemawiałyby za zajęciem móżdżku.

W dyskusyi Rydel nie jest za rozpoznawaniem siedziby zmian ku tyłowi, ze względu, że należałoby przyjąć duże ognisko chorobowe, aby wytłomaczyć idyotyzm, drgawki, bezład. Wszystkie te objawy może tłomaczyć zajęcie płatu czołowego.

2) Lustgarten przedstawia 11-letniego chłopca z następującymi wywiadami: Dziedzicznie nie obarczony. Bardzo często bity i kopany w głowę. Przed rokiem zauważono, że chłopiec wzdryga się rano przy budzeniu. Przed 4 miesiącami wystąpiły napady, zrazu bez utraty przytomności, polegające na skręcaniu powolnem głowy i oczu w stronę prawą i do góry, stopniowo się potęgujące; w ostatnim miesiącu skręcał się także korpus na prawo, wreszcie pojawiły się ruchy obrotowe ciała dookoła długiej osi. Pod koniec napadów w ostatnim miesiącu stale drgawki w prawej połowie twarzy. Podczas napadu, obserwowanego w ambulatoryum, źrenice nie oddziaływały, ruch obrotowy był nadzwyczaj wybitny, drgawki w prawej połowie twarzy trwały do dwóch minut, w prawej kończynie stwierdzono stan kurczowy mm. prostujących ramię i przedramię. Napad kończył się charczeniem. Podczas napadu chory sprawia wrażenie zupełnie nieprzytomnego, po napadzie przypomina sobie, że go pytano o nazwisko. Po napadzie kilka minut utrzymuje się wybitne porażenie nerwu twarzowego. Badanie dna oka dało wynik ujemny. L. uważa ten przypadek za **padaczkę Jacksona**, która może być skutkiem jakiejś sprawy pourazowej w lewostronnych ośrodkach ruchowych, nie wyłącza jednak zwykłej padaczki.

W dyskusyi Rydel przechyla się raczej ku rozpoznaniu padaczki i sądzi, że obecne napady zwolna prawdopodobnie przejdą w ogólne. Przeciw guzowi po stronie lewej przemawiałoby zboczenie w stronę prawą. — Piltz sądzi, że napady nie mają charakteru padaczkowego, że przeciw padaczce przemawiają utrzymanie świadomości i brak amnezyi przy tak silnych drgawkach. — Blassberg zwraca uwagę na badanie moczu, powołując się na przypadek, w którym przy urazowej padaczce Jacksonowskiej wystąpiła cukrzyca.

3) Borowiecki przedstawia chorą A. W. l. 52, która zgłosiła się po raz pierwszy 1. XII. 1910 ze skargami na silne bóle głowy w ciemieniu i skroni prawej od lat dwu, w ostatnich miesiącach bardzo się potęgujące, większe przy ruchach, zmuszające do leżenia na lewym boku. Wymiotów nie bywało, były mdłości. Kilkakrotne napady drgawek ogólnych. Chora apatyczna, zostawiona sobie zasypiała. Stwierdzono obustronne zapalenie nn. wzrokowych z obrzękiem tarczy, bolesność opukową czaszki nad okiem w okolicy ciemieniowej i na potylicy po stronie prawej. Ruchy i odruchy kończyn niezmienione. Przy chodzie zataczanie się bez wybitnego zbaczania w jedną lub drugą stronę. Rozpoznano **guz mózgu**, być może w płacie czołowym. Postanowiono operacyę dekompresyjną, którą wykonano w dniu 16. XII. 1910 w klinice chirurgicznej. W kilka dni po operacyi bóle głowy ustąpiły, od 7. I. 1911 chora chodzi. Wobec dodatniego odczynu Wassermanna zastosowano rtęć i jod. Bóle głowy występowały później czasem na krótko, nie tak silnie, jak dawniej. W marcu opuściła chora klinikę z polepszeniem, w kwietniu zgłasza się powtórnie z powodu pogorszenia. Bóle głowy występują znowu, choć słabsze, niż dawniej, chwilami zjawia się podwójne widzenie, kilkakrotnie drgawki, po których dłuższe zamroczenie. Porażeń, ani żadnych objawów ogniskowych poza bolesnością po stronie prawej czaszki nie stwierdzono. Tarcze nn. wzrokowych bledsze, granice, zwłaszcza prawej, mniej wyraźne, obrzęku niema.

W dyskusyi Rydel sądzi, że należałoby myśleć tutaj z powodu bezładu o zajęciu móżdżku; gdyby guz leżał w płacie czołowym, dekompresya nie dałaby takiego wyniku co do tarczy zastoinowej, gdyż wtedy pomyślny wynik mógłby się utrzymać tylko kilka tygodni. R. przypomina, że w przypadku o podobnych objawach autopsya stwierdziła guz w wielkiem spoidle.

4) Landau przedstawia chorą S. S. l. 19, z **obustronnem obwodowem porażeniem nerwów twarzowych** na tle gośćcowem.

5) Landau przedstawia P. S. l. 22, chorego od dwóch miesięcy. (Przed rokiem kiła, leczona rtęcią i jodem). Idąc ulicą chory potknął się i upadł na prawy bok. W dwie godziny zauważył, że nie może poruszać ręką prawą. Bolów ani parestezyi nie było i niema. Łopatka prawa nieco niżej ustawiona, niż lewa, ręka prawa skręcona w stawie barkowym na wewnątrz, w stawie łokciowym zupełnie wyprostowana z pronacyą bez fizyologicznego zgięcia. Zaniki dotyczą mm. supra- et infraspinatus, deltoides, biceps, brachialis internus i supinator longus ręki prawej. Wszelkie ruchy czynne w stawie barkowym prawym zniesione prócz skręcania na wewnątrz, zginania i odwracania w stawie łokciowym. Odruch m. dwugłowego zniesiony. Pnie nerwowe niebolesne. Osłabienie czucia dotykowego i bólowego w zakresie n. pachowego. Prawie we wszystkich porażonych i zanikłych mięśniach — odczyn zwyrodnienia. Rozpoznano: **porażenie splotu barkowego górnego**, a mianowicie porażenie nerwów: suprascapularis, axillaris, musculocutaneus, radialis, a prawdopodobnie także n. dorsalis scapulae, (niższe ustawienie łopatki prawej). Wszystkie te nerwy wychodzą według schematu Kochera z 5. korzonka szyjnego, tak, że według tego schematu możnaby przyjąć tylko naruszenie 5. korzonka dla wytłomaczenia wszystkich objawów. Według Duchenne-Erba przyjąćby trzeba uszkodzenie 5. i 6. korzonka lub górnego splotu, powstającego przez połączenie tych korzonków. Według schematu zaś Oppenheima należałoby przyjąć naruszenie 5. i 6. korzonka na granicy ich połączenia w splot barkowy górny.

6) Landau przedstawia chorą M. S., l. 11. Matka chorej liczy lat 46, od 18 lat cierpi na napady z rzucaniem i utratą przytomności. M. S., poprzednio zawsze zdrowa, przed 3 miesiącami dostała bardzo silnych, do dziś trwających bolów głowy w okolicy czołowej i ciemieniowej z brakiem apetytu i częstemi wymiotami. W miesiąc później zauważono »oczy wysadzone na wierzch«, pogorszenie wzroku, wreszcie zaniewidzenie. Od 14 dni chora niedosłyszy na ucho lewe. Przytomności nie straciła nigdy, drgawek nie było. Dawniej wesoła, ożywiona, ruchliwa, jest obecnie poważną i smutną. Czaszka prawidłowych rozmiarów, wszędzie przy opukiwaniu bolesna, głównie jednak w okolicy czołowej i ciemieniowej obustronnie. W obu oczach granice tarczy zatarte, tarcza wyniosła, żółtawo-szara, żyły przekrwione i pokręcone, w okolicy plamki żółtej kępka punkcików jasno błyszczących (badanie kliniki okulistycznej). Niema nawet poczucia światła. Źrenice okrągłe, bardzo szerokie. Oddziaływanie źrenic wprost i współczulne zniesione. Gałki oczne bardzo tylko nieznacznie występują z oczodołów. Ruchy gałek zachowane; przy ustawieniach końcowych czasem krótkotrwałe poziome, a przy patrzeniu do góry pionowe drżenie gałek. Osłabienie nerwu twarzowego

lewego; wyraźne przeciąganie ust w stronę prawą przy pokazywaniu zębów i wygładzenie fałdu nosowo-policzkowego lewego; w gałązce czołowej zmiany bardzo nieznaczne (gorsze unoszenie brwi lewej i słabsze przymykanie lewej powieki). Lewostronne osłabienie słuchu (według rozpoznania kliniki otyatr. po przebytem zapaleniu opon mózgowych). Badanie metodą Baranyego wykazuje tylko przy wodzie o ciepłocie 16—20° C. różnicę pomiędzy uchem lewem a prawem. Przy przepłukiwaniu ucha prawego wodą o tej ciepłocie przez 30 sekund powstaje zbaczanie gałek ocznych w stronę prawą, a poziome drżenie oka lewego; przy przepłukiwaniu ucha lewego już po 15 sekundach obok zbaczania gałek w stronę lewą bardzo wybitne drżenie prawostronne z silnym zawrotem głowy, nudnościami i pobudzeniem do wymiotów. Przy wyższych ciepłotach drżenie oczu obustronnie jednako, niema zawrotów głowy, ani nudności. Badanie galwaniczne prądem 6—8 Mlamp. wywołuje po obu stronach drżenie w stronę katody, zawrót (vertige voltaique) obustronnie w stronę anody. W kończynach górnych i dolnych tylko bardzo znaczne osłabienie wszystkich odruchów ścięgnistych. Niema żadnych zboczeń czucia. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, wykonane w klinice chorób dziecięcych przez Dr Bujaka, wykazało: Ciśnienie początkowe siedząco — 50 mm rtęci, leżąco — 33 mm rtęci; 1 mm^3 — 3 ciałka, białka — 0·03% (Stolnikow), Nonne-Apelt — 0; cukier — prawidłowy; na 100 ciałek białych limfocytów małych 92%, limfocytów wielkich 8%. Odczyn Wassermanna z krwi ujemny, Moro ujemny.

Rozpoznanie wahać się tu może między **ostrem wodogłowiem Quinckego a nowotworem**. Za wodogłowiem na tle surowiczego zapalenia opon przemawiać może ostry początek choroby, wedle podania matki nawet z gorączką. W ramy ostrego wodogłowia dadzą się ująć i wszystkie objawy, przyczem zmiany w zakresie nerwu słuchowego i twarzowego po stronie lewej uważać można za następstwo ucisku na nerwy podstawowe. Przeciw wodogłowiu przemawiaćby mogły brak powiększenia głowy (co zresztą tłómaczy wiek chorej) i rozwój choroby bez zwolnień i przerw. Co do nowotworu, którego tu również wyłączyć nie można, to na razie niema żadnych objawów ogniskowych. Jakkolwiek zdawaćby się mogło, że wobec osłabienia słuchu i nerwu twarzowego, oraz wzmożonej pobudliwości nerwu przedsionkowego (badanie Baranyego) po stronie lewej — punktem wyjścia nowotworu mógłby być »recussus acustico-cerebellaris sinister«, to jednak brak bezładu, wybitniejszego drżenia oczu, a nieznaczne tylko zajęcie nerwu słuchowego i twarzowego i to w ostatnich dopiero czasach, przy dość znacznych objawach ogólnych z zupełną ślepotą od dwóch miesięcy zdają się przemawiać przeciw takiej siedzibie. Ciekawą jest rzeczą, że przy obrzęku tarczy nn. wzrokowych bez zmian zanikowych, chora niema nawet poczucia światła, a źrenice zupełnie nie oddziałują na światło, przy zachowanym odczynie i przy wszelkich ruchach gałek ocznych. — Wobec obustronnego silnego obrzęku tarczy wzrokowych i dość znacznych objawów ogólnych, jest operacya dekompresyjna wskazana, mimo, że chora niema nawet poczucia światła.

7) Dąbrowski przestawia chorego, St. L. l. 16, z **formą paranoidalną przedwczesnego otępienia.**

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego« powrócił do swych czynności redakcyjnych.

— Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 7. X. 1910 we Lwowie następującemi sprawami: planami kanalizacyi Krynicy, sprawą okręgów położniczych w Brzeżańskiem, taks szpitalnych w Złoczowie, Lubaczowie, Stryju, Jaśle i Rzeszowie, okręgu sanitarnego w Mostach Wielkich, grobowca rodzinnego w Szaflarach, docenta higieny w seminaryum nauczycielskiem żeńskiem w Krakowie i sprawą gruntu pod budowę rządowego zakładu badania środków spożywczych we Lwowie.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 11. X. b. r. posiedzenie, na którem prym. Dr Borzęcki przedstawił przypadek słoniowaciny twarzy i chorego leczonego salwarsanem, poczem odbyły się zapowiedziane wykłady Prof. Cybulskiego i Prof. Krzyształowicza oraz Dr Webera.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. X. do 7. X. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 1 (w tem obcych 2 † —), krztuśca 3, ospy wietrznej 1, płonicy 33 † 8 (3 † 3), odry 12, duru brzusznego 10 † — (4 † —), czerwonki 1 † — (1 † —), jaglicy 2. Dr Janiszewski.

Zmarli: Dr Eugeniusz Dziubanowski, lekarz okręgowy w Slemieniu; Dr Bernard Kibitz w Uhnowie.

Redakcya otrzymała: Prof. K. Oppenheimer: Der Arzt und die Arzneimittel. (Münch. med. Wochenschrift. 1910. Nr 14). — Prof. O. Bujwid: Über die Einwirkung der ultravioletten Strahlen auf Bakterien. (Journal f. Gasbeleuchtung und Wasserversorgung 1911). — A. Maciesza: Nowy sposób wywoływania stanu padaczkowego u świnek morskich. (Wykład na XI. Zjeździe lek. i przyrodn. w Krakowie. Lipiec 1911). — A. Wrzosek i A. Maciesza: Eksperymenty i spostrzeżenia dowodzące, że zniekształcenia kończyn tylnych wywołane u świnek morskich i myszy białych uszkodzeniem nerwu kulszowego, nie przechodzą dziedzicznie na potomstwo. (Kraków, drukarnia Uniwersytecka, 1911)

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.